



本福利和承保范围摘要 (SBC) 文件可帮您选择健康计划。SBC 显示您和您参加的计划对所承保的医疗保健服务分担费用的方式。注：将另外提供关于本计划费用（也称保费）的信息。本文件仅为摘要。如需详细了解您的承保范围，或获取完整的保险条款副本，请访问 www.valleyhealthplan.org 或致电 1-888-421-8444。如需了解常见术语的一般定义，例如[准许金额](#)、[差额负担](#)、[共同保险](#)、[共付额](#)、[自付额](#)、[医疗机构](#)或其他[下划线](#)术语，请参见术语表。您可以在以下网站查看术语表：<https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> 或 <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>，或致电 1-888-421-8444 索要副本。

| 重要问题 | 解答 | 解释说明： |
|---|---|---|
| 总自付额是多少？ | 4,750 美元/个人或 9,500 美元/家庭 | 通常情况下，您必须向 医疗机构 支付自付额以内的所有费用，费用超过自付额后，本计划开始支付费用。如果您有其他家庭成员参与计划，每位家庭成员必须达到自己的个人自付额，直到所有家庭成员支付的自付额总额达到整个家庭的自付额。 |
| 在您达到您的自付额前，这些服务是否在承保范围内？ | 是的。服务包括但不限于：初级护理、专科医生、预防性护理、实验室检查、紧急护理、门诊病人行为/药物滥用、产前和孕前。 | 即使您还没有达到自付额，本计划也承保一些项目和服务。但 共付额 或 共同保险 可能适用。例如，本计划承保特定 预防性 服务，而无需 共担费用 ，您也无需达到自付额。请前往 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 查看承保的 预防性 服务清单。 |
| 是否还有其他特定服务的自付额？ | 是的。 处方药承保 ：30 美元/个人或 60 美元/家庭 | 对于这些服务，您必须承担特定自付额以内的所有费用，费用超过自付额后，本计划开始支付费用。 |
| 本计划的自付费用限额是多少？ | 对于 网络内医疗机构 ： 7,250 美元/个人或 14,500 美元/家庭 | 自付费用限额 是您在一年内为承保服务可能支付的最高金额。如果您有其他家庭成员参加本计划，他们必须达到自己的自付费用限额，直到达到整个家庭的自付费用限额。 |
| 自付费用限额中不包含什么？ | 特定服务的 共付额 、 保费 、 差额负担 费用，以及本计划不包含的医疗保健。 | 即使您支付了这些费用，它们也不计入 自付费用限额 。 |
| 如果您使用 网络内医疗机构 ，您支付的费用是否会减少？ | 是的。参见 Valley Health Plan 医疗机构搜索 或致电 1-888-421-8444，获取 网络内医疗机构 名单。 | 本计划使用 医疗机构网络 。如您使用 计划网络内的医疗机构 ，您支付的费用会降低。如果您使用 网络外医疗机构 ，您将支付最多的费用，您可能会收到 医疗机构 出具的账单，要求支付 医疗机构 的费用和您参加的 计划 支付的费用之间的差额（ 差额负担 ）。请注意，您的 网络内医疗机构 可能会请 网络外医疗机构 提 |

| 重要问题 | 解答 | 解释说明: |
|--|-----|--|
| 请 专科医生 诊疗是否需要 转诊 ? | 是的。 | <p>供某些服务（例如实验室工作）。在接受服务之前，请向您的医疗机构核实。</p> <p>本计划将支付承保服务中在专科医生处就诊的部分或全部费用，但前提是您在前往专科医生处就诊前进行转诊。</p> |

⚠️ 如果有自付额，本图表中所示的共付额和共同保险费用均为达到自付额后的费用。

| 常见医疗事件 | 您可能需要的服务 | 您需要支付的费用 | | 限制条件、例外情况以及其他重要信息 |
|---|--|--|----------------------|--|
| | | 网络内医疗机构 (您支付金额最少) | 网络外医疗机构 (您支付金额最多) | |
| 到医疗保健 <u>提供商</u> 的 诊所或门诊就诊 | 治疗受伤或疾病的初级 护理就诊 | 45 美元/就诊； <u>自付额</u> 不适用。 | 不予承保 | 无 |
| | <u>专科医生</u> 就诊 | 85 美元/就诊； <u>自付额</u> 不适用。 | 不予承保 | 需要事先书面授权。未经事先授权， 可能会产生费用。 |
| | <u>预防性护理/筛查/</u> 免疫接种 | 免费 | 不予承保 | 无 |
| 需要检查 | <u>诊断检查</u> (X 射线、血 检) | 实验室 - 50 美元/就 诊； <u>自付额</u> 不适 用。 | 不予承保 | 无 |
| | | X 射线 - 90 美元/就 诊； <u>自付额</u> 不适 用。 | | |
| | 影像学检查 (计算机断 层扫描(CT)/正电子发射 断层造影术 (PET) 扫描和 核磁共振成像 (MRI)) | 325 美元/就诊； <u>自付额</u> 不适用。 | 不予承保 | 需要事先书面授权。未经事先授权， 可能会产生费用。 |
| 需要药物治疗疾病或 病症 关于 <u>处方药承保</u> 的更 多信息，详见 www.valleyhealthplan.org | 仿制药 | 16 美元 <u>共付额</u> /处方 | 不予承保 | 在 <u>网络外</u> 药房拿的处方药，如果与医 疗急救或急需的护理有关，则予以承 保。如您的处方药不在 <u>处方集</u> 上，需 获得事先书面授权。未经事先授权， 可能会产生费用。 |
| | 首选品牌药 | 55 美元 <u>共付额</u> /处方 | 不予承保 | |
| | 非首选品牌药 | 85 美元 <u>共付额</u> /处方 | 不予承保 | |
| | <u>特殊药物</u> | 20%，每份处方最多 250 美元 | 不予承保 | <u>零售/邮购服务</u> ： 对于 1-4 级，1 笔共付额 = 不超过 30 天的用量 |
| 接受门诊手术 | 设施费 (例如日间手术 中心) | 20% <u>共同保险</u> ； <u>自付额</u> 不适用。 | 不予承保 | 需要事先书面授权。未经事先授权， 可能会产生费用。 |

* 如需更深入地了解限制条件和例外情况，请参阅计划或保单文件，详见 www.valleyhealthplan.org。]

| 常见医疗事件 | 您可能需要的服务 | 您需要支付的费用 | | 限制条件、例外情况以及其他重要信息 |
|--------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| | | 网络内医疗机构 (您支付金额最少) | 网络外医疗机构 (您支付金额最多) | |
| | 内科医生/外科医生费用 | 20% 共同保险; 自付额不适用。 | 不予承保 | |
| 需要立即就医 | 急诊室护理 | 设施 - 400 美元/就诊; 自付额不适用。 | 设施 - 400 美元/就诊; 自付额不适用。 | 无 |
| | | 内科医生 - 免费 | 内科医生 - 免费 | |
| | 紧急医疗运送 | 250 美元/运送 自付额不适用。 | 250 美元/运送 自付额不适用。 | 无 |
| | 紧急护理 | 45 美元/就诊; 自付额不适用。 | 45 美元/就诊; 自付额不适用。 | 在服务区域以外, 非参与 <u>医疗机构</u> 的 <u>紧急护理</u> 也在承保范围内。在服务区域内, 对于非参与 <u>医疗机构</u> 的 <u>紧急护理</u> , 需要获得事先书面授权。在服务区域内, 对于非参与 <u>医疗机构</u> 的 <u>紧急护理</u> , 未经事先授权, 可能会产生费用。 |
| 住院 | 设施费 (例如病房) | 30% 共同保险 | 不予承保 | 需要事先书面授权。未经事先授权, 可能会产生费用。 |
| | 内科医生/外科医生费用 | 30% 共同保险; 自付额不适用。 | 不予承保 | |
| 需要精神健康、行为健康或药物滥用服务 | 门诊服务 | 45 美元/就诊; 自付额不适用。 | 不予承保 | 可能需要事先书面授权。未经事先授权, 可能会产生费用。 |
| | | 其他项目 0 美元; 自付额不适用。 | | |
| 住院服务 | 住院服务 | 设施 30% 共同保险 | 不予承保 | 需要事先书面授权。未经事先授权, 可能会产生费用。 |
| | | 内科医生 30% 共同保险; 自付额不适用。 | | |
| 怀孕 | 诊室就医 | 免费 | 不予承保 | 无 |
| | 分娩/接生专业服务 | 30% 共同保险; 自 | 不予承保 | 需要事先书面授权。未经事先授权, |

* 如需更深入地了解限制条件和例外情况, 请参阅[计划](#)或保单文件, 详见 [\[www.valleyhealthplan.org\]](http://www.valleyhealthplan.org)。]

| 常见医疗事件 | 您可能需要的服务 | 您需要支付的费用 | | 限制条件、例外情况以及其他重要信息 |
|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|--|
| | | 网络内医疗机构 (您支付金额最少) | 网络外医疗机构 (您支付金额最多) | |
| | 分娩/接生设施服务 | 付额不适用。 30% 共同保险 | 不予承保 | 可能会产生费用。 |
| 需要帮助恢复或有其他特殊的健康需求 | 居家照护 | 40 美元/就诊; <u>自付额</u> 不适用。 | 不予承保 | 100 次就诊/年。需要事先书面授权。未经事先授权, 可能会产生费用。 |
| | 康复服务 | 45 美元/就诊; <u>自付额</u> 不适用。 | 不予承保 | 包括物理治疗、语言治疗和职业治疗。需要事先书面授权。未经事先授权, 可能会产生费用。 |
| | 适应性训练服务 | 45 美元/就诊; <u>自付额</u> 不适用。 | 不予承保 | |
| | 专业护理 | 30% 共同保险 | 不予承保 | 100 次就诊/日历年。需要事先书面授权。未经事先授权, 可能会产生费用。 |
| | 耐用医疗设备 | 20% 共同保险; <u>自付额</u> 不适用。 | 不予承保 | 需要事先书面授权。未经事先授权, 可能会产生费用。 |
| | 临终关怀服务 | 免费 | 不予承保 | 无 |
| 孩子需要牙科或眼科护理 | 儿童眼科检查 | 免费 | 不予承保 | 承保范围限于每年一次检查。 |
| | 儿童眼镜 | 免费 | 不予承保 | 承保范围限于每年一副眼镜 (或者隐形眼镜代替玻璃眼镜)。 |
| | 儿童牙科检查 | 免费 | 不予承保 | 无 |

不承保服务和其他承保服务:

| | | |
|--|---|---|
| 您的 计划 通常不承保的服务 (查看您的保单或 计划 文件以获取更多信息以及任何其他 不承保服务 清单。) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 整脊诊疗护理 整容手术 牙科护理 (成人) 助听器 | <ul style="list-style-type: none"> 不孕症治疗 长期护理 在美国境外旅行时的非急诊护理 | <ul style="list-style-type: none"> 营养咨询 私人护士护理 常规眼部护理 (成人) 减肥项目 |

| | |
|--|--|
| 其他承保服务 (限制条件可能适用于这些服务。本列表并不完整。请查看您的 计划 文件。) | |
| <ul style="list-style-type: none"> 堕胎 针灸 | <ul style="list-style-type: none"> 肥胖症手术 常规足部护理 (在一定限度范围内) |

* 如需更深入地了解限制条件和例外情况, 请参阅 [计划](#) 或保单文件, 详见 [www.valleyhealthplan.org]。

您继续获得承保的权利：如果您在保险期结束后继续参保，以下机构能够为您提供帮助。此类机构的联系方式：加州——加州管理式医疗保健部（电话：1-888-466-2219 或听力和言语障碍者专线 1-877-688-9891 或网址：www.dmhc.ca.gov），以及/或者致电 1-800-927-4357 或联系劳工福利安全管理部 (<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>)、人事管理办公室多州计划方案 (<https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>) 联系您的州保险联系人。您也可以选择其他保险，包括通过加州健康保险市场平台 (Covered California) 购买个人保险，电话：1-800-300-1506 或网站：www.coveredca.com。 [健康保险市场平台](#)，如需了解有关 [市场平台](#) 的更多信息，请访问 www.HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596。

您的申诉和上诉权利：投保之后，如果您由于 申请理赔被拒 而希望投诉您参加的 计划，您可以向一些机构寻求帮助。这种投诉被称为 申诉 或 上诉。有关您的权利的更多信息，请查看您将收到的关于该 医疗理赔 的福利说明。您的 计划文件 还提供关于如何出于任何原因对您的 计划 提交 理赔申请、上诉 或 申诉 的全部信息。如需获取关于您的权利、本声明或者相关协助的更多信息，请联系：管理式医疗保健部 (DMHC) 消费者帮助热线：1-888-466-2219。

本计划是否提供最低基本承保范围？ 是的

最低基本承保范围 通常包括可通过 市场 获得的 计划、健康保险 或其他个人市场保单、Medicare、Medicaid、儿童健康保险计划 (CHIP)、军人医疗保险 (TRICARE) 和其他承保范围。如果您符合某些类型的 最低基本承保范围，您可能不符合 保费税项抵免 资格。

本计划是否符合最小金额标准？ 是的

如果您的 计划 不符合 最小金额标准，您可能符合 保费税项抵免 的资格，从而帮您为通过 市场 获得的 计划 支付 保费。

语言咨询服务：

获取其他语言的帮助

注：如果您讲的是另一种语言，则可免费获得语言帮助服务。电话：1.888.421.8444（加州中继服务 (CRS) 711）。

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) 번으로 전화해 주십시오.

[* 如需更深入地了解限制条件和例外情况，请参阅 计划 或保单文件，详见 www.valleyhealthplan.org。]

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)。

Հայաստան (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧਲਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711) 'ਤੇ ਕਾ ਕਰੋ।

(Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان . اتصل برق م

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)

ह िंं दी (Hindi)

यदद आप ह िंं दी बोलते हैं तो आपके ललए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाए उपलब्ध हैं। **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai) ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711).

ខែ ខែខែ (Cambodian) បរិស័ទជាអ្នកនិយាយ ភាសាខែខែខែ, បសវាជំនួយននកភាសា ពាយមិនគិត ួល គឺអាចមានសំរាប់បរ រ អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)។

ພາສາລາວ (Lao) ຖ້າວ່າ ທ່ານເວ ັ້ພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫ ຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

如需了解本计划如何为一家示例医疗机构承保费用，请参看下一部分。

[* 如需更深入地了解限制条件和例外情况，请参阅计划或保单文件，详见 www.valleyhealthplan.org。]

《文书削减法》披露声明： 根据 1995 年《文书削减法》规定，除非信息收集显示有效的管理和预算办公室 (OMB) 控制编号，否则任何人无需对信息收集进行答复。此次信息收集的有效 OMB 控制编号为 **0938-1146**。预计完成此次信息收集所需时间平均为每个回复 **0.08** 小时，包括审核指示说明、搜索现有数据资源、收集所需数据、完成和审核信息收集的时间。 如对时间估算的准确性有意见或欲提出改进本表的建议，请致函：CMS, 7500 Security Boulevard，收件人：PRA 报告审核专员，Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

关于这些承保示例：



下表并非估算工具。所示的治疗仅为本[计划](#)可能如何承保医疗护理的示例。您的实际费用可能不同，具体将取决于您接受的实际护理，您的[医疗机构](#)收取的费用，以及许多其他因素。重点为[计划](#)项下的[费用分担](#)金额（[自付额](#)、[共付额](#)和[共同保险](#)）以及[非承保服务](#)。利用这些信息来对比您参加不同健康[计划](#)时可能需支付的费用部分。请注意，这些承保示例仅限于自身投保。

Peg 要生孩子

（9 个月的网络内产前护理和医院分娩）

| | |
|-------------------------------|----------|
| ■ 本 计划的总自付额 | 4,750 美元 |
| ■ 专科医生 共付额 | 85 美元 |
| ■ 医院（设施） 共同保险 | 30% |
| ■ 其他 共同保险 | 30% |

本示例事件包括诸如以下服务：

[专科医生](#)诊室就诊（[产前护理](#)）
分娩/接生专业服务
分娩/接生设施服务
[诊断检查](#)（[超声和血检](#)）
[专科医生](#)就诊（[麻醉](#)）

| | |
|----------------------|-----------------|
| 总示例费用 | 12,690 美元 |
| 在本示例中，Peg 需支付： | |
| <i>费用分担额</i> | |
| 自付额 | 3,700 美元 |
| 共付额 | 600 美元 |
| 共同保险 | 700 美元 |
| <i>非承保项目</i> | |
| 限制项目或排除项目 | 60 美元 |
| Peg 需支付的总金额 | 5,060 美元 |

控制 Joe 的 2 型糖尿病

（一年网络内常规护理，病情控制良好）

| | |
|-------------------------------|----------|
| ■ 本 计划的总自付额 | 4,750 美元 |
| ■ 专科医生 共付额 | 85 美元 |
| ■ 医院（设施） 共同保险 | 30% |
| ■ 其他 共同保险 | 30% |

本示例事件包括诸如以下服务：

[初级护理医生](#)诊室就诊（[包括疾病育](#)）
[诊断检查](#)（[血检](#)）
[处方药](#)
[耐用医疗设备](#)（[血糖仪](#)）

| | |
|----------------------|-----------------|
| 总示例费用 | 5,600 美元 |
| 在本示例中，Joe 需支付： | |
| <i>费用分担额</i> | |
| 自付额 | 275 美元 |
| 共付额 | 1,400 美元 |
| 共同保险 | 200 美元 |
| <i>非承保项目</i> | |
| 限制项目或排除项目 | 20 美元 |
| Joe 需支付的总金额 | 1,895 美元 |

Mia 遭受单纯骨折

（网络内急诊室就诊及后续护理）

| | |
|-------------------------------|----------|
| ■ 本 计划的总自付额 | 4,750 美元 |
| ■ 专科医生 共付额 | 85 美元 |
| ■ 医院（设施） 共同保险 | 30% |
| ■ 其他 共同保险 | 30% |

本示例事件包括诸如以下服务：

[急诊室护理](#)（[包括医疗用品](#)）
[诊断检查](#)（[X 射线](#)）
[耐用医疗设备](#)（[拐杖](#)）
[康复服务](#)（[理疗](#)）

| | |
|----------------------|-----------------|
| 总示例费用 | 2,800 美元 |
| 在本示例中，Mia 需支付： | |
| <i>费用分担额</i> | |
| 自付额 | 10 美元 |
| 共付额 | 1,200 美元 |
| 共同保险 | 60 美元 |
| <i>非承保项目</i> | |
| 限制项目或排除项目 | 0 美元 |
| Mia 需支付的总金额 | 1,270 美元 |

本[计划](#)将承担这些示例承保服务的其他费用。